

Teste de Controle da Asma (TCA)

NOME _____ DATA _____

Por favor, faça um X no número de pontos apropriado para cada pergunta. Há CINCO perguntas no total.

Etapa 1- Para cada pergunta, Faça um X no número de pontos da sua resposta .

Etapa 2- Some seus pontos para obter o total

Etapa 3- Veja, após o questionário, o que significa sua pontuação.

Score total abaixo de 19 significa que sua asthma nao esta controlada.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência sua asma impediu você de fazer coisas no trabalho, na escola ou em casa?

1. O tempo todo
2. A maior parte do tempo
3. Algumas vezes
4. De vez em quando
5. Nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você teve falta de ar?

1. Mais de uma vez por dia
2. 1 vez por dia
3. 3 a 6 vezes por semana
4. 1 ou 2 vezes por semana
5. Nunca

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência seus sintomas de asma (chiado no peito, tosse, falta de ar, aperto no peito ou dor) acordaram você durante a noite ou de manhã mais cedo que de costume?

1. 4 ou mais noites por semana
2. 2 ou 3 noites por semana
3. 1 vez por semana
4. 1 ou 2 vezes
5. Nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você usou sua medicação de alívio como o inalador ou seu nebulizador (como, por exemplo,

Salbutamol ou Fenoterol?)

1. 3 ou mais vezes por dia
2. 1 ou 2 vezes por dia
3. 2 ou 3 vezes por semana
4. 1 vez por semana ou menos
5. Nunca

5. Como você avaliaria o controle da sua asma durante as últimas 4 semanas?

1. Não controlada
2. Mal controlada
3. Um pouco controlada
4. Bem controlada
5. Totalmente controlada

TOTAL :